

Einwilligungserklärung zur Einsicht in die Patientenakte

Zur vollumfassenden medizinischen Betreuung ist die Sichtung meiner Patientenakte durch die Ärztin/den Arzt/die Praxismitarbeiter*innen notwendig.

Hiermit erkläre ich,

Herr/Frau _____

Geb. _____

Adresse _____

als Patient*in mein Einverständnis, dass die Arztpraxis von

Frau Dr. med. Anja Schmidt, Sudhausweg 6, 01099 Dresden

als Nachfolgerin von

Dottore Jochen Cailloud, Sudhausweg 6, 01099 Dresden

vollständige Einsicht in meine Patientenakte erhält.

Dieser Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widersprechen.

(Datum/Ort)

(Unterschrift)